

Demande d'ajout, de changement de domaine ou de retour à l'exercice

Veillez préalablement enregistrer le formulaire dans votre ordinateur avant de le remplir.

Renseignements personnels

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de permis

Spécialité(s)

ADRESSE PROFESSIONNELLE

N°

Rue

Ville

Province

Code postal

Pays

Numéro de téléphone

Adresse courriel

Objet de la demande

Ajout de domaine

Changement de domaine

Retour à l'exercice

S'il s'agit d'un retour à l'exercice, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez cessé la pratique concernée et le contexte dans lequel vous l'exerciez avant l'arrêt.

Formation initiale

Programme de médecine / Université / Année

Formation postdoctorale (programme de résidence ou internat) / Université / Année

Pratique au cours des trois dernières années

Domaine(s) d'exercice

(ex. : médecine de famille ou autre spécialité)

Type(s) de pratique

(ex. : urgence, hospitalisation, soins palliatifs, suivi de clientèle en cabinet, sans rendez-vous, etc.)

Lieu(x) d'exercice

(ex. : CHSLD, GMF, hôpital, etc.)

Type(s) de clientèle

(ex. : pédiatrique, adulte, personnes âgées, etc.)

Activités d'enseignement

Historique ou autres domaines antérieurs de pratique (au-delà de trois ans)

Pratique souhaitée

Domaine(s) d'exercice
(ex. : médecine de famille ou autre spécialité)

Type(s) de pratique, incluant les procédures
(ex. : urgence, hospitalisation, soins palliatifs, suivi de clientèle en cabinet, sans rendez-vous, colonoscopie, radiologie d'intervention, interruption volontaire de grossesse, techniques visées en médecine esthétique, phlébologie, santé au travail, etc.)

Lieu(x) d'exercice
(ex. : CHSLD, GMF, hôpital, etc.)

Type(s) de clientèle
(ex. : pédiatrique, adulte, personnes âgées, etc.)

Activités d'enseignement

Veuillez fournir les coordonnées du médecin
que vous souhaitez avoir comme superviseur.

Nom

Prénom

Numéro de permis

Établissement

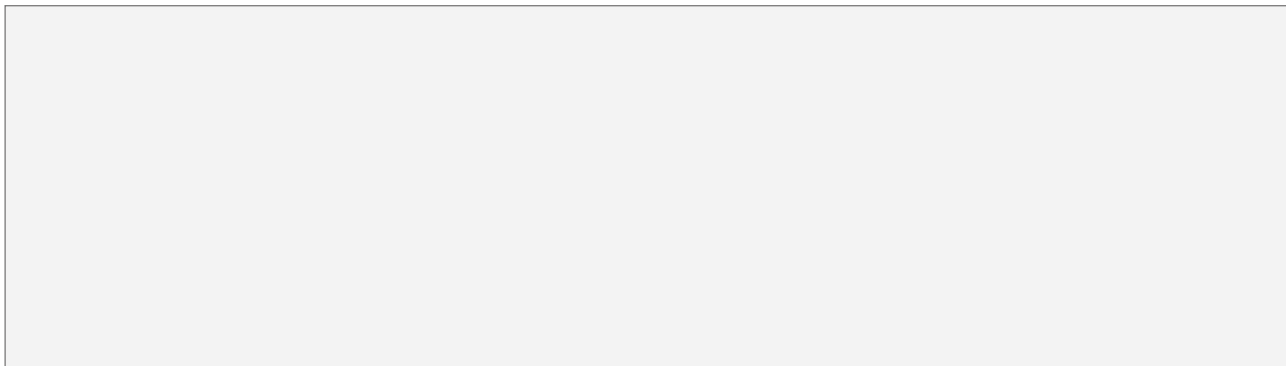
Lien d'autorité avec vous

Adresse courriel

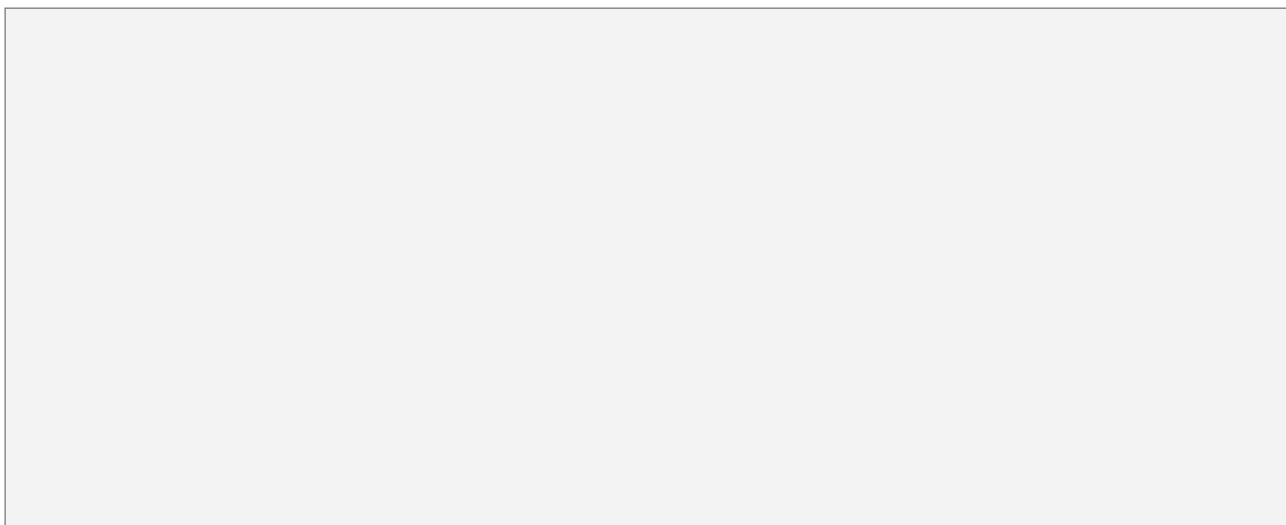
Numéro de téléphone

Date de début
souhaitée de
la supervision

Activités de formation continue effectuées au cours des trois dernières années en lien avec la pratique souhaitée



Commentaires additionnels



Date de la demande

Veillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le soumettre.

Vous pouvez cliquer sur le bouton « Soumettre » ou envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse activite-perfectionnement@cmq.org.

Pour toute information, contactez la Direction du développement professionnel et de la remédiation au 514 933-4441, poste 5447.